

-7-

ADENOPATIAS BILATERALES, DERRAME PLEUROPERICARDICO Y GRANULOMA NO NECROTIZANTE EN VARON DE 44 AÑOS

Autores: Carmen Rosa Vargas Arévalo MIR 2; Emiliano José Briceño Meléndez MIR 1

Neumología Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Varón de 44 años de edad, consumidor de 20 gr/alcohol/día, niega consumo de tabaco. Trabajó durante 18 años en una cantera. Jubilado hace 2 años por accidente laboral; durante el estudio por este incidente (año 2012) en TAC de tórax se objetivó un nódulo de 3 cm en LM y una adenopatía parahiliar derecha de 2 cm sin signos de silicosis. En TAC de tórax de control a los 6 meses se evidenció engrosamiento de septos interlobulillares y adenopatías parahiliares bilaterales sin cambios del nódulo de LM. En estudio PET presentó captación de nódulo de LM con SUV de 2,82; y múltiples adenopatías mediastínicas y retroclaviculares bilaterales con SUV max. de 2,56. Mantoux positivo; cultivo de esputo negativo para micobacterias; estudio Broncoscópico sin alteraciones, con resultado anatomopatológico de escaso componente linfoide, negativo para células malignas. Quedando como diagnóstico probable Silicosis a seguimiento. El paciente no acudió a consultas posteriores.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Presenta, tos de 3 meses de evolución con expectoración verdosa en regular cantidad. Una semana antes de su ingreso se agregó fiebre de 39°C de predominio matutino, su Médico de Atención Primaria inició tratamiento con Augmentine cada 8 horas durante 7 días sin mejoría. Agrega astenia, hiporexia y pérdida de 5 Kg de peso en el último mes. Niega dolor torácico, disnea, náuseas, vómitos, ni otra sintomatología.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

TA: 112/72; **FC:** 119x'; **FR:** 18x'; **Tº:** 36.7°C; **SatO2:** 95% (FiO2 21%). **Peso:** 67.7 Kg. **Talla:** 179 cm. **IMC:** 21.

Buen estado general, hidratado, llenado capilar conservado, palidez cutánea, eupneico.

Cabeza y cuello: No bocio, ni adenopatías, PVY normal.

Tórax:

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de tonos bajos sin soplos.

Pulmones: Hipofonosis en base de hemitórax izquierdo sin crepitantes ni sibilantes.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas, no visceromegalias, ni signos de peritonismo. Ruidos hidroaéreos presentes.

Extremidades inferiores: No edemas, no signos de TVP, pulsos pedios positivos.

Neurológico: No focalidad neurológica, ni signos meníngeos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Hemograma: Leucocitos: 5610, Neutrófilos: 86,4%; Linfocitos: 2.8%; Hb: 9,4 gr/dl; Hto: 29,7%; Plaquetas: 349.000/mm³.

Bioquímica: Función renal, hepática, sodio, potasio, cloro normales.

Radiografía de Tórax: Engrosamiento hilar bilateral y derrame pleural izquierdo con atelectasia basal izquierda. Impresiona ligera cardiomegalia.

TAC de Tórax de alta resolución: Derrame pericárdico moderado, pericardio de aspecto inflamatorio, cavidades derechas escasamente distendidas. Derrame pleural bilateral a predominio izquierdo de aspecto libre sin captaciones de aspecto patológico. Engrosamiento de septos interlobulillares en ambos lóbulos superiores y en LM, así como un patrón micronodular de predominio en lado derecho, con cisuras arrosariadas. Discreta progresión de la masa de LM de 3,8 cm. Múltiples adenopatías en todos los compartimentos mediastínicos y en ambos hilios.

Ecocardiograma: Dilatación auricular izquierda leve, Derrame pericárdico moderado, V.I y válvulas cardiacas de aspecto anatómico y funcionalidad normal.

Estudio de líquido pleural: ph 7,4; glucosa 80 mg/dl; proteínas totales 4,5 g/dl; LDH 347 U/L; ADA 34 U/L. **Cultivo:** negativo. **Ziehl neelsen:** negativo.

Estudio de líquido pericárdico: glucosa <1 mg/dl, proteínas totales 5 g/dl; LDH 1762 U/L; ADA 94 U/L; Amilasa 36 U/L. **Cultivo:** Se aísla Mycobacterium tuberculosis complex. **Interferón gamma micobacterias:** positivo.

Broncoscopia: Sin alteraciones. Se realizó biopsia de LID además BAL y BAS.

Primer informe A.P - Biopsia transbronquial de LID: Granuloma epitelioides no necrotizantes con célula gigante de tipo sarcoide. **Técnica Inmunohistoquímica para mycobacterium:** Negativo

Segundo Informe A.P - Biopsia transbronquial de LID: Neumonía granulomatosa no necrotizante con cuerpos cristaloides aciculares compatible con Neumoconiosis por Sílice. Nódulos fibrosos subpleurales. Se anuló primer informe.

Cultivo BAL y BAS: Negativos.

Evolución, Comentarios y Diagnóstico:

Se trata de un paciente con antecedente de probable Silicosis, que con los hallazgos clínicos, radiológicos con la presencia de adenopatías bilaterales y según el primer informe anatomopatológico fueron enfocados como Sarcoidosis por el cual inició tratamiento con Corticoides cursando con mejoría clínica. Cuatro semanas después en cultivo de líquido pericárdico se aisló Mycobacterium tuberculosis.

Todo ello desencadenó la siguiente pregunta: ¿Se trata de una Sarcoidosis y tuberculosis pericárdica sobreañadida?. Pudimos resolver este caso teniendo en cuenta el importante antecedente de probable Silicosis volviéndose a revisar las muestras de anatomía patológica buscando sílice, y efectivamente se evidenció lesiones granulomatosas no caseificantes con presencia de Sílice; quedó anulado el primer informe anatomopatológico. Se retiró paulatinamente el tratamiento corticoideo, Inició tratamiento antituberculoso con triple terapia (Isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida). El paciente cursó con rash cutáneo que tras estudio alergológico se concluyó que era alérgico a Pirazinamida, cambiando dicho antituberculoso por Etambutol, recibiendo tratamiento durante 7 meses. El paciente evolucionó de forma favorable tanto clínica como radiológicamente, con desaparición total de derrame pleuropericárdico y sin complicaciones. Teniendo como diagnóstico final Neumoconiosis por Sílice y Tuberculosis Pericárdica.

Discusión:

La Sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida, con diferentes formas de presentación y que afecta a individuos de edad media. El 90% de los pacientes tienen afectación torácica aunque cualquier órgano puede estar afectado. La afectación pleural oscila entre el 0,7 y el 10% de los casos pudiendo manifestarse como engrosamiento o nódulo pleural, y es muy excepcional su presentación con derrame pericárdico. Histológicamente se observan granulomas, aunque no es exclusivo de esta patología, pues la tuberculosis también puede presentar granulomas con la diferencia que son granulomas necrotizantes.

Otra patología con presencia de granulomas es la Silicosis, que es una enfermedad intersticial difusa producida por inhalación mantenida de sílice cristalina y se caracteriza por una respuesta fibrótica del parénquima pulmonar y forma parte de las neumoconiosis o enfermedades pulmonares causadas por inhalación de polvo mineral, teniendo diferentes formas de presentación: silicosis crónica (simple, complicada y fibrosis pulmonar intersticial), silicosis acelerada y silicosis aguda.

Muchas veces la presentación clínica de ciertas enfermedades puede englobar posibles diagnósticos diferenciales como el presente caso en el que se evidenció síndrome general, derrame pleuropericardico y adenopatías bilaterales. Que por el resultado anatomopatológico y al aislarse el Mycobacterium tuberculosis fueron causa de nuestro debate, ya que la asociación de Sarcoidosis y tuberculosis es una forma de presentación muy rara. La asociación del antecedente laboral y la nueva revisión anatomopatológica fueron piezas clave durante el estudio que nos permitió discernir y llegar al diagnóstico final.



Imagen1

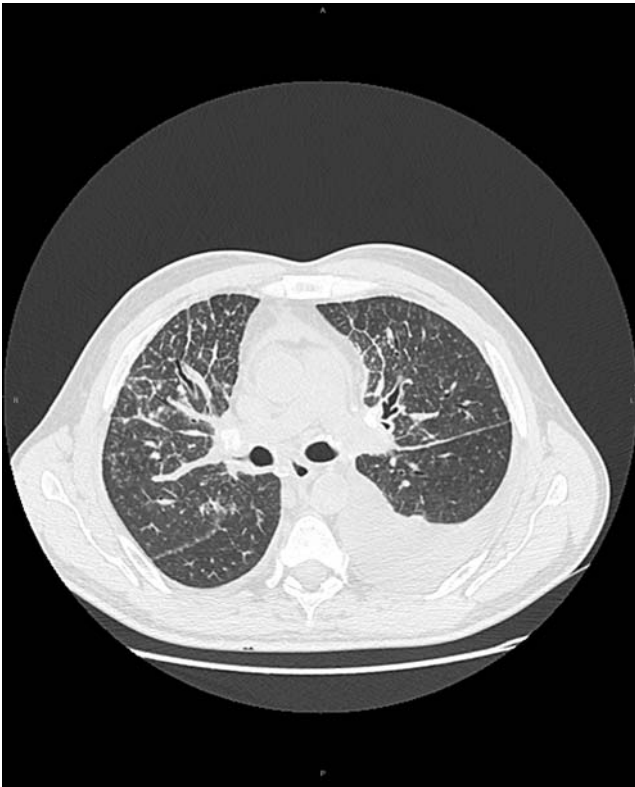


Imagen 2



Imagen 3

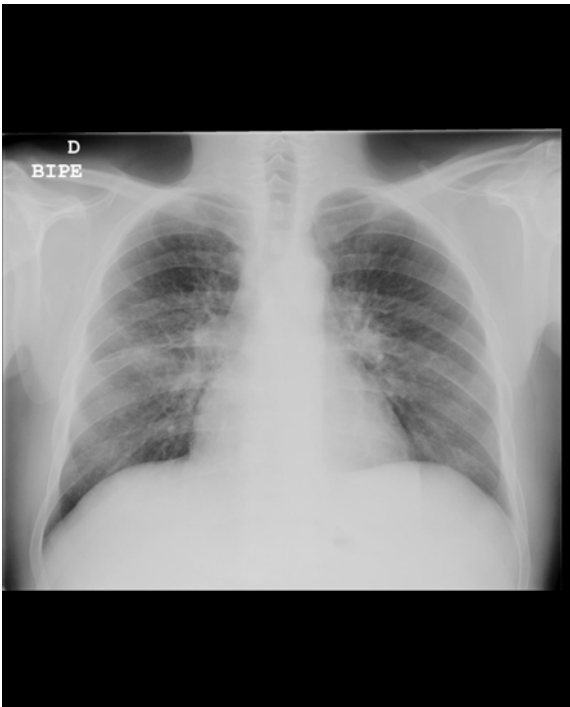


Imagen 4